

## INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN CEMA POR PROVEEDORES

**Departamento / Área:**  
**ALMACÉN CEMA**

**Vigente a partir de:**  
**ENERO 2022**

**Versión: 3.0**

**Clave:**  
**CEMA-RG-CA-II-13**

**Página 1 de 6**

### 1. Ficha indicador

| CONCEPTO                         | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Estándar                      | <i>Procedimiento Normalizado de Operación de Selección y Adquisición de Medicamentos.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2. Problema detectado            | Falta de cumplimiento en la entrega de medicamentos solicitados a los proveedores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. Nombre del indicador          | <b>Porcentaje de medicamentos recibidos en almacén CEMA por proveedores.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4. Algoritmo                     | $= \frac{\text{\#de medicamentos recibidos}}{\text{\#de medicamentos solicitados}} \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5. Descripción (¿Qué nos dice?)  | Porcentaje de medicamentos que se reciben en almacén CEMA mensualmente del total que se solicitan a los distintos proveedores.                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6. Objetivo                      | 1.- ¿Qué se pretende con este indicador?<br>Medir el porcentaje de medicamentos recibidos en almacén CEMA por parte de los distintos proveedores.<br>2.- ¿Cuál es la meta al aplicar este indicador?<br>Recibir el 100% de los medicamentos solicitados a proveedores.                                                                                                                 |
| 7. Alcance                       | 1.- ¿Quiénes están involucrados con el proceso que se está evaluando?<br>Proveedores de medicamentos<br>2.- ¿Qué áreas del hospital están involucradas?<br>Almacén central<br>3.- ¿Los pacientes y familiares están involucrados?<br>No                                                                                                                                                |
| 8. Proceso (método) de obtención | a) Medir el indicador<br>1. ¿Quién?: Personal de almacén<br>2. ¿Cómo?: Revisión de solicitudes de medicamentos y notas de entrada de medicamentos<br>3. ¿Dónde?: Almacén CEMA<br>4. ¿Cuándo?: Mensual<br>b) Recolectar los datos<br>1. ¿Quién?: personal de almacén<br>2. ¿Cómo?: Requisiciones y notas de entrada de medicamentos<br>3. ¿Dónde?: Almacén CEMA<br>4. ¿Cuándo?: Mensual |

Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad



SISTEMA INTEGRAL MODELO PACHUCA  
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA



INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN  
CEMA POR PROVEEDORES

|                                      |                                    |                            |
|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Departamento / Área:<br>ALMACÉN CEMA | Vigente a partir de:<br>ENERO 2022 | Clave:<br>CEMA-RG-CA-II-13 |
|                                      | Versión: 3.0                       | Página 2 de 6              |

|                           |                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | c) Analizar la información obtenida<br>1. ¿Quién?: personal de almacén<br>2. ¿Cómo?: Requisiciones y notas de entrada de medicamentos<br>3. ¿Dónde?: almacén CEMA<br>4. ¿Cuándo?: Mensual |
| 9. Frecuencia de revisión | Mensual                                                                                                                                                                                   |
| 10. Responsable           | ¿Quién es el dueño del indicador?<br>Personal de Almacén CEMA<br>¿Quién es el responsable de revisarlo para proponer mejoras?<br>Personal de Almacén CEMA                                 |

Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad

## INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN CEMA POR PROVEEDORES

|                                             |                                           |                                   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| Departamento / Área:<br><b>ALMACÉN CEMA</b> | Vigente a partir de:<br><b>ENERO 2022</b> | Clave:<br><b>CEMA-RG-CA-II-13</b> |
|                                             | Versión: <b>3.0</b>                       | Página 3 de 6                     |

### 2. Recolección de datos

Se realiza un conteo de los medicamentos solicitados a los proveedores mediante las requisiciones que se generan para la compra de estos, así mismo de las entradas registradas en Histoclin para medir que porcentaje de medicamentos de los que se solicitaron, fueron recibidos por el almacén.

- Requisición de compra que se genera por cada proveedor y en cada solicitud.

| CLINICA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.<br>SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS<br>REQUISICIÓN DE COMPRA Y/O GESTIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                   |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|---------------------------------------|
| FECHA DE SOLICITUD                                                                                                                                                                                                                                                       | 8 de mayo de 2021 |        | ÁREA DE COSTO PARA PRESUPUESTO                                                                                                                                                                                                               | 53                                   |                   | FOLIO                                                                                                                                                   | EXT.            |           |                                       |
| RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR O DENOMINACIÓN SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                        |                   |        | LEVIC S.A. DE C.V.                                                                                                                                                                                                                           |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| RFC:                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |        | DEBAM0564                                                                                                                                                                                                                                    |                                      | NÚMERO TELEFÓNICO |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| PRESUPUESTO                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |        | ÁREA SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                             |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| COD                                                                                                                                                                                                                                                                      | CANT              | UNID   | UNIDAD DE MEDIDA                                                                                                                                                                                                                             | DESCRIPCIÓN COMPLETA DEL PRODUCTO    | UNIDAD            | PRECEDENCIA                                                                                                                                             | PRECIO UNITARIO | TOTAL     |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2                 | PIEZAS |                                                                                                                                                                                                                                              | DISPOSITIVO DE RECUBRIMIENTO AEROSOL | DE                | CAJA CON UNA PIEZA                                                                                                                                      | \$58.00         | \$ 116.00 |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 50                | PIEZAS |                                                                                                                                                                                                                                              | DISPOSITIVO DE RECUBRIMIENTO AEROSOL | AMSA              | CAJA CON UN FRASCO                                                                                                                                      | \$2.20          | \$ 110.00 |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                 | PIEZAS |                                                                                                                                                                                                                                              | DISPOSITIVO DE RECUBRIMIENTO AEROSOL | DISPOSITIVO       | CAJA CON UN FRASCO                                                                                                                                      | \$5.00          | \$ 15.00  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 50                | CAJAS  |                                                                                                                                                                                                                                              | DISPOSITIVO DE RECUBRIMIENTO AEROSOL | AMSA              | CAJA CON 3 AMPOLLETAS                                                                                                                                   | \$1.00          | \$ 50.00  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2                 | PIEZAS |                                                                                                                                                                                                                                              | DISPOSITIVO DE RECUBRIMIENTO AEROSOL | DISPOSITIVO       | CAJA CON 1 DISPOSITIVO                                                                                                                                  | \$ 25.00        | \$ 50.00  |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         | SUBTOTAL        | \$ 181.00 |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         | I.V.A.          | \$ -      |                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         | TOTAL           | \$ 181.00 |                                       |
| DATOS FISCALES PARA ELABORACIÓN DE CHEQUE:                                                                                                                                                                                                                               |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA REQUISICIÓN                                                                                                                                                                                                                              |                   |        | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE REQUISICIÓN                                                                                                                                                                                                   |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| X Autorizado                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |        | X NO Autorizado                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| PAPELERIA REQUERIDA PARA ALMACÉN CEMA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| Documentación obligatoria para la entrega de este documento:                                                                                                                                                                                                             |                   |        | Documentación que se adjunta:                                                                                                                                                                                                                |                                      |                   | Fecha y hora de recepción de este documento:                                                                                                            |                 |           |                                       |
| <input type="checkbox"/> Contratación<br><input type="checkbox"/> Especificaciones<br><input type="checkbox"/> Menú mensual<br><input type="checkbox"/> Menú semanal<br><input type="checkbox"/> Concentrado de compras<br><input type="checkbox"/> Registro de personas |                   |        | <input type="checkbox"/> Evento especial<br><input type="checkbox"/> Autorización del solicitante<br><input type="checkbox"/> Cheque (respaldado)<br><input type="checkbox"/> Evento urgente<br><input type="checkbox"/> Se realizó Revisión |                                      |                   | Fecha real en que se entregaron los bienes: 04/05/2019<br>Lugar en que se consumirá: INDETERMINADO<br>Destino final de los bienes solicitados: PACIENTE |                 |           |                                       |
| Este documento es propiedad de CLINICA DE MEDICINA DEPORTIVA S.A. DE C.V.                                                                                                                                                                                                |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                   |                                                                                                                                                         |                 |           |                                       |
| Solicitó                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |        | Revisó                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                   | Vo.Bo.                                                                                                                                                  |                 |           | Aprobó                                |
| L.F. José Francisco Flores Mera                                                                                                                                                                                                                                          |                   |        | C.P. Santa Valerina García                                                                                                                                                                                                                   |                                      |                   | Procurador                                                                                                                                              |                 |           | Director de Administración y Finanzas |

Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad

## INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN CEMA POR PROVEEDORES

**Departamento / Área:**  
**ALMACÉN CEMA**

**Vigente a partir de:**  
**ENERO 2022**

**Versión: 3.0**

**Clave:**

**CEMA-RG-CA-II-13**

**Página 4 de 6**

- Nota de entrada de medicamentos generada en Histoclin.



**CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA**  
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
ALMACÉN CEMA

---

**RECIBO DE ALMACEN**

Proveedor: LEVIC S. A DE C.V.  
GRASOL #95, MZA 3B, L 10 Valle Verde  
Tultitlán, México, C.P. 54936  
RFC: DLEB40628564  
TEL:

**Num. Recibo: RA-0002-04423**  
 Fecha: 04May2019  
 Tipo de Movimiento: COMPRAS  
 Num. Contrato: NA  
 Tipo de Pedido: Compra Directa  
 Numero:  
 Factura: IVA

| Cant. | Part. | Factura | Clave     | Código de barras Registrado | Cant.  | Descripción                                                                                                                                                                         | Lote                       | Unidad | \$ Precio | Importe\$  |
|-------|-------|---------|-----------|-----------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------|-----------|------------|
| 1     |       |         | 2019-0001 |                             | 2.00   | OPROPIONATO DE<br>BECLOMETASONA SUS PARA<br>NEBULIZADOR AEROSOL CAJA CON 1<br>PRESURIZADO Y 1 VIAL<br>ESPUMANTE 1.0 SOLUCIÓN<br>INYECCIONABLE 1.0 (AUGER CAJA CON<br>FRASCO AMPOLLA | 8299<br>CAB<br>001188P     | caj    | 55.15     | \$110.30   |
| 2     |       |         | 2019-0002 | 100148012011                | 50.00  | CEFTURAXON 1.0 SOLUCIÓN<br>INYECCIONABLE 1.0 (AUGER CAJA CON<br>FRASCO AMPOLLA                                                                                                      | 10014801<br>CAB<br>001188P | caj    | 21.21     | \$1,060.50 |
| 3     |       |         | 2019-0003 |                             | 5.00   | NEUPROFENO 2.000 ML<br>SUSPENSION ORAL (COLIRIO)<br>CAJA CON FRASCO CON 1.0 ML                                                                                                      | 10140017<br>CAB<br>001188P | caj    | 16.40     | \$82.00    |
| 4     |       |         | 2019-0004 |                             | 180.00 | NEOTOMILAS 30.000 ML SOLUCIÓN<br>INYECCIONABLE (AUGER) AMPOLLETAS<br>DE 1.0 ML                                                                                                      | 819829<br>CAB<br>001188P   | amp    | 4.31      | \$775.80   |
| 5     |       |         | 2019-0005 |                             | 2.00   | SALICILATO DE METILPARGILATO<br>AEROSOL (BRESALTO) DISPOSITIVO<br>NEBULIZADOR CON 2.000 ML                                                                                          | 800001<br>CAB<br>001188P   | caj    | 25.00     | \$50.00    |

Selecione con Letra: MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS 03/100 MIL

**Subtotal:** **1,898.03**  
**Total:** **1,898.03**

AUTORIZO

ELABORO:

\_\_\_\_\_  
Seño de Recibo

\_\_\_\_\_  
LIC. SANTA VALENCIA GARCIA  
ADMINISTRADOR CEMA

\_\_\_\_\_  
JOSÉ FRANCISCO FLORES MERA  
ENCARGADO ALMACEN CEMA

Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad

## INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN CEMA POR PROVEEDORES

|                                             |                                           |                                   |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| Departamento / Área:<br><b>ALMACÉN CEMA</b> | Vigente a partir de:<br><b>ENERO 2022</b> | Clave:<br><b>CEMA-RG-CA-II-13</b> |
|                                             | Versión: <b>3.0</b>                       | <b>Página 5 de 6</b>              |

### 3. Algoritmo

$$\frac{\text{# de medicamentos recibidos}}{\text{# de medicamentos solicitados}} \times 100$$

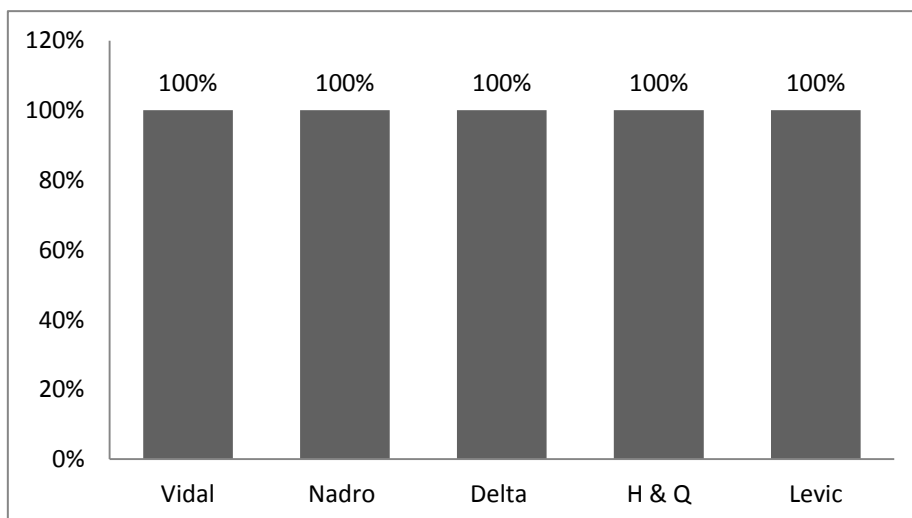
### 4. Resultados del algoritmo

#### 4.1. ENERO 2022

| PROVEEDOR                       | ALGORITMO                  | RESULTADO    |
|---------------------------------|----------------------------|--------------|
| Vidal Corporativo S.A. de C.V.  | $\frac{1}{1} \times 100$   | <b>100%</b>  |
| Nadro S.A.P.I. de C.V.          | $\frac{17}{17} \times 100$ | <b>100%</b>  |
| Farmacéutica Delta S.A. de C.V. | $\frac{6}{6} \times 100$   | <b>100 %</b> |
| Hospitales y Quirófanos         | $\frac{8}{8} \times 100$   | <b>100 %</b> |
| Levic S.A. de C.V.              | $\frac{46}{46} \times 100$ | <b>100 %</b> |

### 5. Representación gráfica por frecuencia de revisión

#### 5.1. ENERO 2022



Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad

## INFORME DE INDICADOR PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS RECIBIDOS EN ALMACÉN CEMA POR PROVEEDORES

**Departamento / Área:**  
**ALMACÉN CEMA**

**Vigente a partir de:**  
**ENERO 2022**

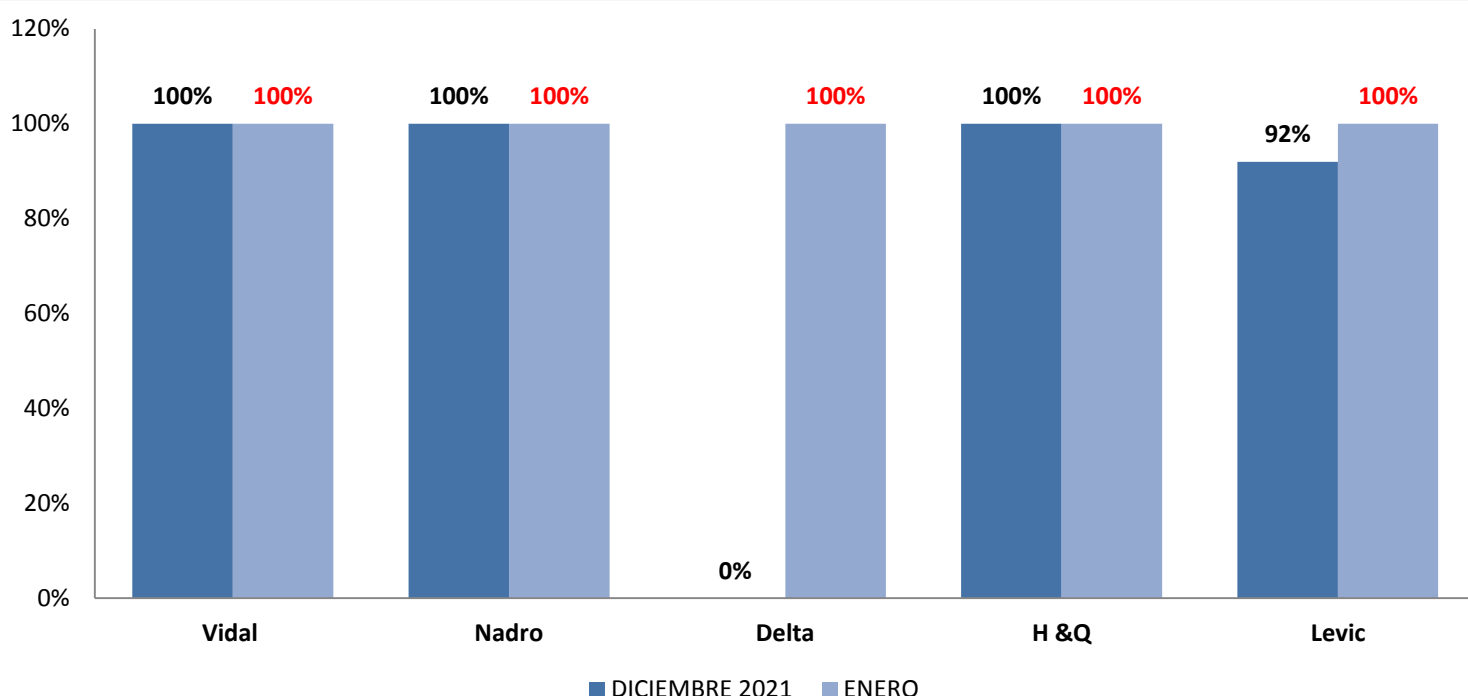
**Versión: 3.0**

**Clave:**

**CEMA-RG-CA-II-13**

**Página 6 de 6**

### 6. Representación gráfica comparativa



### 7. Conclusiones

Durante el mes de enero 2022 se cumple el objetivo de 100% con la totalidad de los proveedores, durante este mes se solicitan medicamentos con el proveedor Farmacéutica Delta después de varios meses consecutivos de no considerarlo para pedidos. Los medicamentos solicitados se reciben en su totalidad.

Elaboró  
L.F. José Francisco Flores Mera  
Encargado de Almacén hospitalario

Validó  
L.A. Angelica Bejarano López  
Coordinadora de calidad